

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00766 vom 14. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00766](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00766)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00766 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00766 del 14 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Nachdem das hiesige Gericht mit Urteil vom 15. Juni 2015 ( Proz . Nr. IV.2014.00141 ; Urk. 10/105 ) die von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, am 6. Januar 2014 verfügte Leistungsablehnung (Urk. 10/89) bestätigt hatte , meldete sich der 1968 geborene X.\_\_\_\_ am 25. September 2015 erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 10/120). Mit Vorbescheid vom 4. Dezember 2015 teilte die Verwaltung ihre Absicht mit, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk. 10/122) . Nach Eingang der Stellungnahme des Versicherten vom 5. April 2016 (Urk. 10/131) verfügte sie am 31. Mai 2016 im angekündigten Sinne (Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

#### **E. 1.2**

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat (BGE 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.3**

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts

aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachen spektrum glaubwürdig dertut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) er stellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C\_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C\_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). 2. 2. 1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 25. September 2015 nicht eingetreten ist.

#### **E. 2**

Auf das Leistungsbegehren sei einzutreten.

#### **E. 2.2**

Während die Beschwerdegegnerin die Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse verneint (Urk. 2 S. 2), stellt sich der Beschwerdeführer auf dem Standpunkt, dass sich die Verhältnisse gemäss den eingeholten ärztlichen Berichten seit der letzten Begutachtung nachweislich verändert hätten (Urk. 1 S. 7). 3.

Referenzzeitpunkt (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3) für die Prüfung des Glaubhaftmachens einer anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes bildet die nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht erlassene, vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 15. Juni 2015 bestätigte Verfügung vom 6. Januar 2014 (Urk.

#### **E. 3**

Es sei dem Beschwerdeführer eine Rente der Invalidenversicherung zu gewähren.

#### **E. 3.2**

Im neu eingeholten MEDAS-Gutachten vom 26. April 2013 (Urk. 8/74/1-41) wurden folgende Diagnosen aus allen Fachgebieten („E. Zusammenfassung [interdisziplinär]“) gestellt (S. 14): Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit als Chauffeur) - keine Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Osteochondrose und Spondylose L4/5 und L5/S1 - klinisch fehlende Hinweise auf aktuelle radikuläre Kompression/Irritation - muskuläre Dysbalance - Psoriasis vulgaris ohne Verdacht auf hiermit assoziierte Arthritiden - Chronisch wiederkehrende Zervikalgien bei diskret beginnenden degenerativen

Wirbelveränderungen und angedeuteter Wirbelsäulenfehlstatik - Diskrete Sprunggelenkarthrose rechts - Osteosynthetisch versorgte knöchern fest konsolidierte Fersenbein-Fraktur links - Spreizfuss beidseits mit beginnender Grosszehengrundgelenk-Arthrose links - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig überwiegend leichte Episode, phasenweise mittelgradige Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD

#### **E. 4**

Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt umfassend abzuklären.

##### **E. 4.1**

Der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, stellte im Bericht vom 15. Juli 2015 (Urk. 10/107/1-2) folgende Diagnosen: 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit intermittierenden lumboradikulären Schmerzen L5 links mehr als rechts 2. St.n. dislozierter Calcaneusfraktur links mit Schraubenosteosynthese 12.6.2013 - Osteosynthese Materialentfernung am 16.1.2014 3. Rezidivierende depressive Störung (F33.3)

Sodann gab er an, in den letzten zwei Jahren sei keine Besserung des Allgemeinzustandes eingetreten. Es bestünden belastungsabhängige Rückenschmerzen bei unveränderter Magnetresonanztomographischer Aufnahme der Lendenwirbelsäule.

##### **E. 4.2**

Die behandelnden Ärzte der Psychiatrisch-Psychologischen E.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 1. September 2015 (Urk. 10/115) folgende Diagnosen: 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mässige Episode, phasenweise mittelgradige Episode, mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1 und F33.2) 2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung, sozial und emotional instabil (ICD-10 F61.0)

Weiter führten sie aus, in den letzten Jahren habe sich eine Änderung des psychischen Zustandsbildes des Beschwerdeführers ergeben. Es bestehe weiter hin ein stark reduziertes alltägliches Funktionsniveau. Es handle sich um einen chronifizierten Verlauf, welcher alle Lebensbereiche betreffe. Aus ihrer Sicht seien alle psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Die Symptomatik zeigte einen grossen Krankheitswert. Aus ihrer Sicht sei der Beschwerdeführer weiterhin 100 % arbeitsunfähig.

##### **E. 4.3**

Vom 5. Januar bis 12. Februar 2016 weilte der Beschwerdeführer in der F.\_\_\_\_ zur stationären Behandlung. Im Austrittsbericht vom 1. März 2016 (Urk. 10/130) wurden folgende Diagnosen nach ICD-10 gestellt (S. 1) : - F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen - F60.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung - F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung - K21.9 Gastroösophageale

Refluxkrankheit ohne Ösophagitis - M51.1 Lumbale und thorakale Bandscheibenschäden mit Radikulopathie seit ca. 2005 - G55.1 Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden - R51.2- bis 3-mal wöchentlich Kopfschmerzen - S92.0 St.n. dislozierte Calcaneus-Fraktur links am 12.06.2013 St.n. perkutaner Schrauben-Osteosynthese seither störendes Osteosynthese-Material

Laut Bericht erfolgte der Eintritt freiwillig aufgrund einer von psychotischer Symptomatik begleiteten, schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (S. 1) .

Vom behandelnden Psychiater hätten die Klinikärzte erfahren, dass der Beschwerdeführer primär schwer persönlichkeitsgestört sei mit äusserst narzisstischen, jedoch auch dissozialen Zügen. Die psychotische Symptomatik sei am ehesten Teil seiner Depression, welche wiederum auf der gestörten Persönlichkeit fundiere. Er sei extrem beleidigend und respektlos und halte sich nicht an Abmachungen. Zu den Therapien erscheine er meistens gar nicht oder stark verspätet, und verlasse nach spätestens zehn Minuten jeweils wieder das therapeutische Setting. Des Weiteren verweigere er jegliche Kooperation. So sei der Beschwerdeführer auch absolut nicht bereit, ein Familienstandortgespräch durchzuführen, obwohl dies dringend indiziert sei. Der behandelnde Psychiater mache sich Sorgen um die Angehörigen des Patienten und sei sich nicht sicher, ob dieser gegenüber seiner Familie gefährlich werden könnte. Der Beschwerdeführer delegiere offenbar alles an seine Ehefrau, welche er zudem äusserst respektlos behandle. Er wisse nicht einmal, wie alt seine drei Töchter seien, geschweige denn ob diese zur Schule gingen oder sonst irgendetwas machten. Niemand aus dem Umfeld wolle etwas mit dem Tyrannen zu tun haben (S. 2) .

Der interne Sozialdienst habe den Sozialstatus erhoben und dem Beschwerdeführer Unterstützung bei der Verbesserung seiner finanziellen Situation angeboten, was dieser jedoch nicht in Anspruch genommen habe. Es sei dem Beschwerdeführer nicht einfach gefallen, sich auf die stationäre Behandlung einzulassen, und er habe sich nur sehr zögerlich in das Setting integrieren und ein Vertrauensverhältnis zum Behandlungsteam aufbauen können. An den therapeutischen Sitzungen habe er zwar regelmässig teilgenommen, sich ansonsten jedoch vielfach ausserhalb der Klinik aufgehalten und sei meist erst abends auf die Station zurückgekehrt. In den fortwährenden stützenden und psychoedukativen, von den behandelnden Ärzten und Psychologen geführten Gesprächen habe sich der Beschwerdeführer bedauerlicherweise wenig kooperationsbereit gezeigt. Es sei nur sehr eingeschränkt gelungen, den Patienten für eine Gesprächstherapie zur Bearbeitung seiner Problematik zu motivieren. Nach eigener Aussage sei er durch ausgeprägte Schuldgefühle gegenüber seiner Familie, durch ein vermindertes Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit der sehr angespannten finanziellen Lage sowie durch Zukunftsängste emotional stark belastet. Im Behandlungsverlauf habe sich das Stimmenhören deutlich rückläufig gezeigt, ohne jedoch vollständig zu verschwinden. Formalgedanklich habe sich der Beschwerdeführer unverändert eingeeignet und in Bezug auf sein Seelenleben wenig auskunftsfreudig präsentiert. Affektiv sei es zu einer leichtgradigen Festigung der Stimmungslage gekommen, ohne dass eine durchgreifende Verbesserung des Gemütszustandes habe erzielt werden können. Dennoch habe der Patient gegen Ende der Behandlung von der Notwendigkeit eines Standortgesprächs gemeinsam mit der Ehefrau und der Familienbegleiterin überzeugt werden können und habe in diesem Zusammenhang begonnen, eine erste positive Zukunftsperspektive zu entwickeln. Es sei vereinbart worden, dass der Patient zunächst aus der Klinik austreten und nach etwa drei bis vier Wochen die stationäre Behandlung mit dem Ziel einer nachhaltigen psychopathologischen Stabilisierung fortsetzen solle.

#### **E. 4.4**

Dipl. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 30. Mai 2016 namens des Regionalen Ärztlichen Dienst zum Bericht der F.\_\_\_\_ vom 1. März 2016 (E. 4.3) Stellung (Urk. 10/133 S. 2 f.) und kam zu Schluss, dass sich im

psychopathologischen Befund keine schwere Depression nach ICD-10 10 nachvollziehen lasse, da keine depressive Stimmung beschrieben werde. Zudem falle auf, dass sich der Beschwerdeführer mehrheitlich ausserhalb der Klinik aufgehalten habe. Insgesamt vermöge der Bericht keine andauernde Verschlechterung aufzuzeigen. Weiterhin fänden sich Inkonsistenzen, womit von einem unveränderten Zustandsbild auszugehen sei.

#### **E. 4.5**

Die behandelnden Ärzte von der Psychiatrisch-Psychologischen E.\_\_\_\_\_

stellten am 27. Juni 2016 (Urk. 3/5) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), phasenweise schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - kombinierte Persönlichkeitsstörung, dissozial und emotional instabil (ICD-10 F61.0)

Weiter gaben sie an, die körperliche, psychische und soziale Situation des Beschwerdeführers habe sich seit der Erstellung des Gutachtens im April 2013 zunehmend verschlechtert. Er sei vom 25. September 2013 bis 18. Januar 2014 und vom 5. Januar bis

#### **E. 5**

Es sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

#### **E. 6**

Unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2016 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Ein Doppel davon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. September 2016 zur Kenntnisnahme zugestellt. Daneben wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 10**

F33.0/F33.2) - Prädisponierende Persönlichkeit mit dissozialen und emotional instabilen Elementen, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 F60.3) Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlungen ins linke Bein und teilweise nach oben bis zum Nackenbereich sowie über Missempfindungen in der Grosszehe links geklagt. Bisweilen trete auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein auf. Ausserdem leide er unter Schlafstörungen, manchmal auch unter Kopfschmerzen und Schwindel. Er sei nervös und seine Stimmung sei schlecht. Er höre auch Stimmen. Die Rückenschmerzen seien erstmals 1993, dann wieder 2003 und gehäuft seit 2006 aufgetreten (S. 7, S. 12, S. 16, S. 21, S. 29, S. 34). Zum Tagesverlauf habe der Beschwerdeführer angegeben, überwiegend zu Hause zu sein, wegen der Müdigkeit viel zu liegen oder zu schlafen. Teilweise gehe er aber auch etwas spazieren. Manchmal erhalte er Besuch oder gehe zu Kollegen. Er helfe, die Kinder zur Schule und in die Kinderkrippe zu bringen. Im Sommer gehe er öfter an den See. Den Einkauf mache er mit seiner Frau zusammen. Der Haushalt werde von der Frau geführt (S. 8, S. 17, S. 21, S. 34). Bei der klinischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch den neurologischen Gutachter habe der Beschwerdeführer eine eher geringe Druckempfindlichkeit über den Nervenaustrittspunkten, respektive nur einen geringen Klopfschmerz tief lumbal angegeben. Auch während der gesamten einständigen Anamnese sei er ruhig unter Vermeidung von Bewegung und mit steif gehaltenem Rücken auf dem Stuhl gesessen. In der Lasègue-Probe habe keine radikuläre Reizsymptomatik ausgelöst werden können

(S. 10). Sodann bemerkte der neurologische Gutachter, aus dem Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Chefarzt an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Stadtspitals B.\_\_\_\_ (damals Leitender Arzt), vom 2. Juni 2009 (Urk. 8/26; vgl. auch E. 4.3 des Urteils IV.2010.01207) seien MRI-Befunde vom 27. Februar 2007 sowie vom 27. Mai 2009 referiert worden, welche unter anderem eine Diskusprotrusion L5/S1 mediolateral rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts zeigten. Die klinische Symptomatik sei aber auf das linke Bein projiziert angegeben worden. Dr. A.\_\_\_\_ beschreibe in seinem neurologischen Status schon beim Eintreten des Beschwerdeführers ins Sprechzimmer ein groteskes Gangbild mit Schonung des linken Beines, welches abgespreizt werde. Dieses habe in der aktuellen Untersuchung nicht mehr gesehen werden können. Hin sichtlich der ehemals diffusen Sensibilitätsstörung gebe der Versicherte heute eine Taubheit im Grosszehenbereich links, dem L5-Segment entsprechend, hin gegen eine normale Sensibilität im S1-Segment an. Insgesamt könne man, insbesondere in Korrelation mit den Bildbefunden, die aktuellen Beschwerden des Versicherten nur teilweise nachvollziehen. Objektiv bestehe zwar eine Diskuspathologie in den Etagen L4/5 und L5/S1, jedoch erscheine eine relevante neurokompressive Symptomatik nicht vorzuliegen. Auch sei gemäss der aktuellen Anamnese eine typische radikuläre

Schmerzausstrahlung L5 oder S1 segmental nicht beschrieben worden. Eine ältere L5-radikuläre Defizitsymptomatik am Grosszehenbereich scheine, wenn man den heutigen Sensibilitätsbefund heranziehe, jedoch wahrscheinlich (S. 10 f.). (...) Auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich deutliche Indizien für demonstrative, teilweise in der Tat grotesk anmutende Verhaltensweisen gezeigt. Es seien Inkonsistenzen aufgetreten. So habe der Beschwerdeführer immer wieder die Meinung vertreten, sich an Sachverhalte nicht zu erinnern. Andererseits habe er diverse Details gut und folgerichtig wiedergeben können. Ausserdem habe er in der Begutachtungssituation prompt und folgerichtig reagieren können. Nichtbeantwortungen seien aus Sicht des Gutachters keinesfalls als Einschränkungen der Konzentration oder des Gedächtnisses zu interpretieren gewesen, sondern viel mehr als Produkt einer gereizten, innerlich abwehrenden, kaum von Kooperation getragenen Grundhaltung, welche am ehesten seiner prädisponierenden, emotional instabilen, dissozialen Persönlichkeitsstruktur geschuldet sein dürfte. Dieses Verhalten bedinge allerdings leider eine Einschränkung des psychiatrischen Erkenntnisgewinnes. Der Beschwerdeführer habe weiter akustische Halluzinationen beschrieben und auf Nachfrage Verfolgungs- sowie Beeinträchtigungserleben bestätigt. Die dargelegten Symptome deckten sich mit den in den Berichten aus dem Jahr 2009 von Dr. med. C.\_\_\_\_, dargestellten psychopathologischen Beschreibungen (vgl. Urk. 8/29 und Urk. 8/32; ferner E. 4.4 im Urteil IV.2010.01207). Auf fällig für den Untersucher sei gewesen, dass der Beschwerdeführer während des Vortragens der Symptome keine spürbare emotionale Beteiligung gezeigt habe. Er habe eine depressive Herabgestimmtheit und resignative Haltung sowie Impulsdurchbrüche beschrieben. Bei deren Schilderung sei ein mangelndes Bewusstsein für soziale Normen deutlich geworden (S. 26). Bezogen auf die angegebene psychisch beeinträchtigende Symptomatik falle eine erhebliche Widersprüchlichkeit zum beschriebenen alltäglichen Funktionsniveau des Beschwerdeführers auf. So liessen sich bei der Schilderung des Alltages keine hinreichenden Indizien für einen relevanten sozialen Rückzug erkennen. Fraglich bleibe, ob die akustischen Halluzinationen und paranoiden Ideen tatsächlich noch hinreichend ausgeprägt vorhanden seien, oder letztlich nur zweckgebunden Erwähnung fänden. Selbst bei wohlwollender Würdigung der

vorgetragene Symptomatik sei kein handlungsbestimmender, den Lebenserfolg signifikant einschränkender Charakter der akustischen Halluzinationen vorhanden, was durch das Aktivitätsniveau, welches der Beschwerdeführer bei Nachfrage nach seinem Lebensalltag schildere, gut verdeutlicht werde (S. 26). Die psychischen Beeinträchtigungen seien bei gegebenen therapeutischen Möglichkeiten, unter Aufbringung eines entsprechenden Willens und unter Berücksichtigung der inzwischen moderaten Ausprägung, überwindbar. Voraussetzung sei eine aktive Mitarbeit im therapeutischen Prozess. Aus fachärztlicher Sicht sei die beschriebene depressive Störung in der geschilderten Ausprägung nicht medizinisch invalidisierend. Eine somatoforme Schmerzstörung könne weder hinreichend diagnostiziert, noch hinreichend ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer hierzu notwendige Angaben, auch bei insistierender Nachfrage, unterlassen habe. Selbst bei Vorhandensein einer somatoformen Störung oder einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren, bestehe kein sozialer Rückzug. Es sei kein primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines unlösbaren Konfliktes zu erkennen. Weiterhin bestehe keine anhaltende tiefgreifende Komorbidität, welche nicht unter Ausschöpfung sämtlicher Massnahmen und vor allem beim Vorhandensein einer ausreichenden Motivation überwindbar wäre. Ebenso fehle eine ausgeprägte, permanente, chronische, relevante, körperliche Erkrankung (S. 27). (...) Anlässlich der orthopädischen Untersuchung hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der Wirbelsäule, in den Sprunggelenken und im linken Vorfuß nicht durch objektivierbare, pathologische Befunde erklärt werden können. Insbesondere nicht objektivierbar seien das linksseitige Schonhinken und die Schmerzen beim Betasten der Wirbelsäule, der Sprunggelenke und des linken Fusses. Zu bemerken sei, dass der Beschwerdeführer sich beim Entkleiden Hosenbein und Strumpf jeweils im sicheren Einbeinstand ausziehe. Hinweise auf das Vorliegen einer radikulären Reizsymptomatik seitens der Wirbelsäule fänden sich bei der aktuellen Begutachtung nicht. Dies stehe im guten Einklang mit den Befunden in den Akten (S. 37). (...) 4.

Im Rahmen der Neuanmeldung legte der Beschwerdeführer folgende medizinische Stellungnahmen ins Recht:

## **E. 12**

Februar 2015 in der F.\_\_\_\_

hospitalisiert gewesen. Bei beiden Eintritten seien die psychotischen Symptome im Vordergrund gestanden. Weiter zu erwähnen sei, dass der Beschwerdeführer auch unter somatischen Problemen leide, welche von ihnen nicht beurteilbar seien. Im Moment würden die unterstützenden Gespräche in grossen Abständen stattfinden und seien, mangels besserer Möglichkeiten, auf die Begleitung durch die schwierige psychosoziale Situation beschränkt. Mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei in den nächsten Jahren nicht zu rechnen. 5.

Dem Verlauf der wiedergegebenen ärztlichen Stellungnahmen lässt sich deutlich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach wie vor eine gereizte, innerlich abwehrende und kaum von Kooperation getragene Grundhaltung aufweist, die alle Behandlungsversuche erschwert und einen durchschlagenden Behandlungserfolg verhindert. Es mag sein, dass dieses Verhalten

zumindest teilweise auf seine prädisponierende dissoziale Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen ist (vgl. dazu die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS

Z.\_\_\_\_ ; E. 3).

Nach wie vor sind aber diverse Inkonsistenzen vorhanden, die an der Motivation des Beschwerdeführers, seinen Gesundheitszustand zu verbessern, zweifeln lassen.

So lässt sein desinteressiertes Verhalten nicht nur im Rahmen der ambulanten Behandlung in der Psychiatrisch-Psychologischen E.\_\_\_\_, sondern auch während der stationären Behandlung in der F.\_\_\_\_

(so sein verspätetes Erscheinen zu den Behandlungsterminen, die vorzeitigen Gesprächsabbrüche, das Verlassen der Klinik tagsüber und die geringe Inanspruchnahme des Therapieangebotes, Urk. 10/130 S. 2, S. 4) an einer ernsthaften Behandlungsmotivation zweifeln.

Offenbar trat der Beschwerdeführer

entgegen der bei Klinikentlassung getroffenen Abmachung (Urk. 10/130 S. 5) im Verlauf des Monats März 2016 nicht wieder zwecks Fortsetzung der auf eine nachhaltige psychopathologische Stabilisierung zielenden Behandlung in die Klinik ein. Denn der am 5. April 2016 eingereichten Stellungnahme zum Vorbescheid vom 4. Dezember 2015 (Urk. 10/131) wurde lediglich der Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 1. März 2016 (Urk. 10/130) beigelegt und mit keinem Wort eine spätere allenfalls noch laufende Hospitalisierung erwähnt. Keine Angaben zu einer jüngeren stationären Behandlung lassen sich auch dem Schreiben der behandelnden Ärzte vom 27. Juni 2016 (E. 4.5) entnehmen.

Sodann lässt sich den während des Klinikaufenthaltes durchgeführten Laboruntersuchungen

(Urk. 10/130 S. 9) entnehmen, dass der Blutspiegel der Wirkstoffe von zwei dem Beschwerdeführer seit mehreren Jahren abgegebenen Medikamenten, Cymbalta ( Duloxetin ) und Risperdal ( Risperidon und 9-Hydroxy-Risperidon; vgl. dazu die Angaben zur Medikation in den Berichten der F.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2014, Urk. 10/91/20-24 S. 4 f., und 1. März 2016, Urk. 10/130 S. 2 und 5, sowie im Bericht der Psychiatrisch-Psychologischen E.\_\_\_\_ vom 1. September 2015, Urk. 10/115 S. 1), weit unter dem Referenzwert liegt, was ebenfalls auf eine fragliche Compliance beziehungsweise einen mangelnden Leidensdruck hinweist.

Insgesamt ergibt sich auch aus den neueren ärztlichen Stellungnahmen weiter hin das Bild eines in passiver Erwartungshaltung verharrenden Mannes, der keinerlei Interesse an einer nachhaltigen Besserung seines Gesundheitszustandes hat. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausging, dass auch die geltend gemachte schwere bzw. mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung keine längerdauernde, anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft zu machen vermag.

Da mit ist sie zu Recht auf das erneute Leistungsbegehren nicht eingetreten. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub-  
Meier-  
Wiesner

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.